

## تبیین فرایند یادگیری مراقبت معنوی در دانشجویان پرستاری ایران: یک مطالعه نظریه زمینه‌ای

زهره تذکری<sup>۱</sup>، دکتر سوسن ولیزاده<sup>۲\*</sup>، دکتر عیسی محمدی<sup>۳</sup>، دکتر هادی حسنخانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت 1391/09/21 تاریخ پذیرش 1391/11/05

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** علی رغم این مدعا که مراقبت معنوی بخش جدایی ناپذیر و هسته مراقبت کل نگر محسوب می‌شود، بیش از پنجاه درصد پرستاران در عمل چندان به مراقبت معنوی بیماران اهتمام نمی‌ورزند. و احساس می‌کنند، مهارت و توانایی لازم را در این حیطه کسب نکرده اند. لذا هدف از این مطالعه کشف و تبیین فرایند یادگیری مراقبت معنوی در پرستاری ایران بود.

**مواد و روش کار:** این مطالعه با روش نظریه زمینه‌ای در سال ۱۳۹۰-۹۱ در دانشکده پرستاری و مامایی تبریز انجام گرفت. داده‌ها از ۱۸ دانشجوی پرستاری، چهار استاد و مربی و سه سوپروایز آموزشی با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند جمع آوری گردید. از روش پیشنهادی اشتراک‌آورد و کوربین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** در پاسخ به سوال اصلی پژوهش پنج درون‌مایه یا طبقه اصلی به شرح زیر استخراج گردید. «ذخایر و آورده‌های فردی و ورودی»، «پارادوکس احساسی در بالین»، «یادگیری مراقبت بیمار محور»، «الگوپذیری بالینی و یادگیری غیررسمی» و «جو و فضای آموزشی». متغیر مرکزی این مطالعه «الگوپذیری بالینی و یادگیری غیررسمی» که همه طبقات را به هم مرتبط می‌ساخت، نشان داد، دانشجویان با گزینش افراد محبوب که متصف به صفات اخلاقی و معنوی خدا پسندانه هستند و تعاملات خوبی دارند، الگوپذیری نموده، (غالباً اساتید/مربیان و بعد همگروهی‌ها و پرسنل) طی طریق می‌کند و مصادیق مراقبت معنوی را فرا می‌گیرد. فرایند آموزش مراقبت معنوی، که در برگرفته مفهوم مراقبت بیمار محور بود، فرآیندی پویا، غیر سیستماتیک و پنهان در تعاملات اجتماعی بود، که غالباً در بالین که عرصه واقعی تجارب پرستاری است و تحت تأثیر ذخایر و اندوخته‌های معنوی، مذهبی، فرهنگی و شخصی دانشجویان، الگوپذیری از رفتار و شخصیت اساتید و اطرافیان و تحت تأثیر جو حاکم آموزشی بدون برنامه ریزی و به طور غیر رسمی شکل می‌گرفت. درنهایت یافته‌های این پژوهش منجر به ارائه مدل توسعه مراقبت اعتقادی الگومدار در آموزش مراقبت معنوی دانشجویان پرستاری گردید.

**بحث و نتیجه گیری:** تقویت پایه‌های اخلاقی و معنوی الگوهای اصلی منتخب دانشجویان (اساتید/مربیان)، تدوین برنامه و محتوای منسجم، کاربرد راهبردهای آموزشی مناسب، ایجاد فضای آموزشی عاطفی و پذیرا (حمایتی) و برنامه‌های فوق در معیت افراد محبوب و متعهد زمینه یادگیری مراقبت معنوی را تسهیل خواهد کرد.

**کلید واژه‌ها:** مراقبت معنویت، تحقیق کیفی، دانشجوی پرستاری، فرایند یادگیری

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره اول، پی در پی 42، فروردین 1392، ص 63-51

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی تبریز؛ تلفن: ۰۴۱۱-۴۷۹۰۳۶۵

Email: valizades@tbzmed.ac.ir

## مقدمه

اثرات التیام بخشی و شفا دهی معنویت بر سلامت انسان بر کسی

پوشیده نیست، به‌طوری‌که سازمان بهداشت جهانی ضمن تعریف

سلامتی را در چهار بعد جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی ارائه

«و من احیایا فکأنما احیا الناس جميعاً»<sup>۵</sup> هرکس انسانی را

زنده کند، مثل این است که همه انسان‌ها را زنده نموده. امروزه

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

<sup>۲</sup> استادیار، عضو هیئت علمی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی تبریز (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تربیت مدرس تهران

<sup>۴</sup> استادیار، عضو هیئت علمی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

<sup>۵</sup> سوره مائده / آیه ۲۳

و بعد معنوی و توجه به باورها و اعتقادات بیماران را عامل مهمی در التیام بخشی و بهبودی دانسته (۱). و البته هسته و جوهره پرستاری که مراقبت است، نیز بر توجه به تمامی ابعاد وجودی انسان از جمله بعد جسمی، روانی و معنوی تاکید دارد (۲). مراقبت کل نگر از واژه‌های آشنای هر پرستار در دهه گذشته می‌باشد و اکثر مدل‌ها و الگوهای پرستاری بر این پایه بنا شده‌اند و مراقبت معنوی بخش جدایی ناپذیر و هسته مراقبت کل نگر محسوب می‌شود (۳). متأسفانه علی‌رغم این مدعا نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد، بیش از ۵۰ درصد پرستاران در عمل چندان به مراقبت معنوی بیماران اهتمام نمی‌ورزند و احساس می‌کنند، مهارت و توانایی لازم را در این حیطه کسب نکرده‌اند (۴). تعداد کثیری از پرستاران از نیازهای معنوی برخی از بیماران خود آگاهند، ولی نمی‌دانند که به چه شکلی باید آن‌ها را پوشش دهند و بر این باورند که نیاز به آموزش‌های بیشتری جهت ارائه خدمات معنوی مناسب به بیماران خود دارند (۵). یاردلی<sup>۱</sup> در مطالعه خویش سه دلیل را برای عدم انجام مراقبت معنوی مناسب بیان می‌کند: اول اینکه چه کسی می‌تواند این مراقبت‌ها را انجام دهد، دوم با چه اطمینانی و سوم اینکه تعیین نیازهای معنوی کار آسانی نیست (۶). نتایج مطالعات نشان می‌دهد، پرستاران نیاز به آموزش‌های کافی در رابطه با مراقبت‌های معنوی دارند تا قادر به درک و رفع نیازهای معنوی بیماران به شکل مناسبی باشند (۷). اخیراً تلاش‌های پراکنده و رو به جلویی در حیطه آموزش مراقبت معنوی پرستاران به چشم می‌خورد، لیکن ظاهراً اتفاق نظر و محتوی مشخصی جهت ارائه این آموزش‌ها در دسترس نیست (۸). با این حال تعدادی از دانشکده‌ها با اقدام به طراحی واحد درسی بنام نحوه حساس سازی معنوی دانشجویان به مراقبت معنوی، گام‌هایی را در این راه برداشته‌اند (۱). متأسفانه متون پرستاری فاقد محتوی کافی آموزشی در مورد مراقبت‌های معنوی هستند (۹) و

<sup>۱</sup> Yardly

پرستاران علی‌الخصوص پرستاران مراکز آسایشگاهی هر یک به نحوی طبق باور و فرهنگ خود مراقبت معنوی از بیمار را به عمل می‌آورند، بدون اینکه آموزش رسمی یا راهنمای خاصی برای اینکار داشته باشند (۱۰). و به عبارتی نتایج پژوهش‌های مختلف نشانگر نیاز به داشتن تعریف مشترک و واضح از این مفهوم در رشته پرستاری و ارائه و گنجاندن آن در برنامه مصوب و رسمی آموزش پرستاری و تربیت اساتید توانمند در این حیطه است (۱۱، ۱۲). خرمی و همکاران نیز توجه به نقش مدرسین در آماده سازی دانشجویان را حائز اهمیت دانسته‌اند (۱۳).

در این پژوهش با توجه به اینکه پدیده یادگیری مراقبت معنوی حاصل تعاملات استاد و دانشجو و اطرافیان در عرصه می‌باشد و روش گراند تئوری به کشف تعاملات پنهان در داده‌ها کمک می‌کند از روش گراند تئوری با نسخه‌ی ۱۹۹۸ اشتراوس و کوربین استفاده شد، چرا که این روش با تحلیلی سیستماتیک به کشف فرآیندهای نهفته‌که در پس تعاملات اجتماعی وجود دارد، می‌پردازد (۱۴). گردآوری سازمان یافته داده‌ها و تحلیل استقرایی آن‌ها در گراند تئوری به کشف و پاسخگویی به پرسش‌های پژوهش‌هایی که فاقد مبانی نظری کافی در زمینه موضوع مورد مطالعه هستند، نیز می‌پردازد (۱۵).

هدف اصلی این مطالعه تبیین فرایند آموزش مراقبت معنوی در پرستاری ایران بود و از آنجاییکه این پدیده در پرستاری کمتر شناخته شده و پژوهش‌های مشابه در ایران بر روی مراقبت معنوی انجام شده، نه آموزش مراقبت معنوی، و تنها یک مقاله به بحث پیرامون آموزش مراقبت معنوی پرداخته (۱۶، ۱۳). و با توجه به تجارب شخصی پژوهشگر که بارها شاهد اقدامات مکانیکی پزشکان و پرستاران و بی توجهی آن‌ها به نیازهای معنوی بیمار بوده و همچنین علاقه پژوهشگر به حیطه آموزش مراقبت معنوی، بر آن شد که ضمن مطالعه‌ای به این سوال که فرآیند آموزش مراقبت معنوی در پرستاری ایران چگونه است؟ پاسخ دهد و از آنجا که

گراندد تئوری می‌تواند به کشف چگونگی و توسعه این پدیده کمک کند (۱۴، ۱۵). لذا در این مطالعه از این رویکرد با نسخه‌ی ۱۹۹۸ اشتراوس و کوربین استفاده شد، تا شاید کمکی هرچند کوچک در جهت ارتقای آموزش و یادگیری مراقبت معنوی دانشجویان این رشته باشد و یافته‌های این مطالعه به گسترش الگوی آموزش مراقبت معنوی در پژوهش‌های بعدی کمک نماید.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه با روش گراندد تئوری انجام شد. جهت انجام این مطالعه ابتدا از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز تاییدیه و مجوز انجام پژوهش اخذ و سپس با جلب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان پژوهش انجام شد. مشارکت کنندگان در این مطالعه دانشجویان پرستاری مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های علوم پزشکی (اردبیل، تبریز و شیراز) در سال ۱۳۹۰-۹۱ بودند و روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، استفاده از مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختارمند فردی<sup>۱</sup> بود. بدین منظور، تعدادی سؤال بازو کلی در رابطه با موضوع مطالعه در نظر گرفته شد، تا انجام مصاحبه‌ها را تسهیل نماید، مواردی مثل: در پرستاری در مورد مراقبت چه چیزهایی یادگرفتید؟ چطور یادگرفتید به نیازهای غیر جسمی (روانی و معنوی) بیمار تون توجه کنید؟ چه عوامل و شرایطی به یادگیری شما در این حیطه کمک کرد؟ می‌توانید در مورد تجارب مراقبت‌های غیر جسمی از بیمار برام صحبت کنید؟ در ادامه با پاسخ گویی به هر سؤال، سوالات پیگیری کننده، نظیر می‌توانید بیشتر توضیح بفرمایید و... کنکاش بیشتری انجام می‌گرفت. بر این اساس نمونه‌گیری هدفمند در این مطالعه انتخاب اولین مشارکت کنندگان با کمک معاون یکی از دانشکده‌ها انجام شد، زیرا بیش از سایرین با اساتید و دانشجویان به طور همزمان در ارتباط نزدیک بوده و شناخت نسبتاً خوبی از آن‌ها داشت. بررسی

متون، به برخی از خصوصیات اساتید و دانشجویان راغب به مراقبت معنوی چنین اشاره کرده بود: این افراد دارای باورهای معنوی بوده بدنبال جستجوی معنا و هدف در امور زندگی هستند، از روابط بین فردی قوی و دوستانه برخوردارند و رفتار و شخصیت متعالی دارند. لذا معاونت محترم یک نفر از اساتید، یک نفر از مربیان بالین و دو تن از دانشجویان ترم بالا را نسبت به دیگران خوش خلق‌تر، دلسوزتر بوده و بیماران را با رحم و شفقت مورد مراقبت قرار می‌دادند و در عین حال با اطرافیان نیز ارتباط محترمانه و حرفه‌ای داشتند را به عنوان افراد غنی از اطلاعات به محقق معرفی کرد. برای انتخاب مشارکت کنندگان بعدی از نفرات قبلی به طور مستقیم درخواست می‌شد از بین دوستان یا همکلاسی‌ها یا ترم بالایی‌ها هر کسی برای این مطالعه نمونه مناسبی است معرفی نمایند (گلوله برفی) و یا اگر در خلال مصاحبه به افرادی با خصوصیات قید شده اشاره می‌نمودند با آن اشخاص نیز در صورت تمایل (رضایت مشارکت کننده) مصاحبه به عمل می‌آمد. و در ادامه بدنبال شکل‌گیری فرضیه‌ها و مشخص شدن ارتباط برخی از کدها و طبقات شکل گرفته نمونه‌گیری نظری جهت رد یا تایید فرضیه‌ها انجام گرفت. برای مثال در داده‌های مصاحبه‌ها اولی مشخص گردید نحوه تعاملات والدین با فرزندان و علاقه به یادگیری مراقبت معنوی دانشجویان مرتبط است، لذا محقق در ادامه مصاحبه‌ها و مواجهه‌های بعدی ماهیت این متغیر و چگونگی تأثیر آن را در مشارکت کنندگان و شرایط دیگری که آن‌ها تجربه کرده بودند، را بیشتر بررسی نمود که نتیجتاً طبقه تأثیر پذیری از تربیت خانوادگی پدیدار شد. همچنین به تناسب ظهور سایر مقولات و طبقات با تعدادی از اساتید، مربیان و سوپروایزهای آموزشی بیمارستان نیز مصاحبه‌هایی انجام شد و نمونه‌ها تا رسیدن به اشباع ادامه پیدا کرد، یعنی تا زمانی که حین کدگذاری داده‌ها هیچ اطلاعات تازه‌ی دیگری بدست نیامد. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه و به طور متوسط ۵۰ دقیقه بود و

<sup>۱</sup> Semi-structured In-depth Individual Interview

طبق خواسته و راحتی مشارکت کنندگان در اتاق دانشکده و در بالین انجام می‌گرفت. با برخی از مصاحبه شوندگان برحسب میزان تحمل، شرایط و ضرورت در ۲ جلسه مصاحبه انجام گرفت، فقط در یک مورد که مشارکت کننده راضی به ضبط مصاحبه نشد، زمان مصاحبه بیش از ۹۰ دقیقه به طول انجامید.

فرآیند تحلیل و کدگذاری اولیه داده‌های هر مصاحبه قبل از مصاحبه بعدی انجام شد و با استفاده از تکنیک مقایسه‌ی مداوم بین داده‌ها و یادآورنویسی پژوهشگر در راستای نمونه‌گیری نظری و اشباع داده‌ها هدایت شد و یافته‌ها براساس مراحل تحلیل داده‌ها مبتنی بر روش تحلیل مقایسه‌ای مستمر اشتراکات و کوربین ۱۹۹۸ تجزیه و تحلیل شد. به این ترتیب که در مرحله کدگذاری باز محقق پس از چندین بار گوش کردن به مصاحبه‌ها و خواندن خط به خط مطالب پیاده شده از نوار مصاحبه‌ها و با گوش کردن مجدد و دقیق، عبارات مهم موجود در محتوی داده‌ها را مشخص، سپس مفاهیم مناسب (کدباز) آن عبارات را تعیین و نهایتاً به طور همزمان بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود و مقایسه مستمر،

کدهای باز حاصل را در طبقات مشابهی قرارداد و کدهای مشابه را تحت طبقات کلی تر و انتزاعی تر قرار داده، ویژگی‌ها و ابعاد طبقات فرعی را نیز مشخص نمود. (جدول ۱) یعنی در کدگذاری انتخابی به تلفیق و پالایش طبقات پرداخته و طبقات ناقص را تکمیل و طبقات نامربوط را حذف نمود. لازم به ذکر است که در مرحله کدگذاری هم از کد زنده (زبان مشارکت کننده) و هم از زمینه‌ای استفاده گردید.

با توجه به اینکه مرور متون در روش اشتراکات و کوربین به عنوان یک روش جمع‌آوری داده مطرح نشده و بیشتر برای افزایش حساسیت نظری توصیه شده، لذا در این مطالعه برای ارزیابی یا آزمون فرضیه‌ها که همان گزاره ارتباطی است که اشتراکات و کوربین مطرح کردند از نمونه‌گیری نظری و داده‌های مصاحبه‌ها استفاده شد و مروری بر متون فقط در قسمت بحث جهت مقایسه یافته‌های این مطالعه با یافته‌های متون مرتبط بکارگرفته شد.

جدول شماره (۱): نمونه‌ای از کدهای سطح اول سطح دوم و سوم

عبارات مهم موجود در متن مصاحبه	کدهای سطح اول (اساسی)	کدهای سطح دوم	کدهای سطح سوم
یه روز در بخش جراحی کودک بیماری بعد از بیهوشی دچار استفراغ شد، استادمون زود بچه را در وضعیت مناسب بلند کرد تا آسیب‌ر نگیرد و خودش سر تا پا کثیف شد، وقتی من دیدم استاد برای نجات جون بیمار چیکار کرد بقیه کارها رو من انجام دادم... مادر کودک پریشان عذرخواهی می‌کرد و استاد با مهربونی گفت: نگران نباشین ما به خاطر بیمار اینجاستیم وانشالله زود بچه تون حالش خوب میشه... استاد توکلاس تاکید می‌کرد نباید تو گزارش بنویسید بی اشتباهی بروید دنبال علت آیا بیمار مشکل بلع داره آیا غذا را دوست نداره دلتنگ خانواده است در مرحله سوگ و عزاداری بیمار را تک بعدی ننید... حق بیمار است که پرستار تحصیل کرده و آگاه ازش مراقبت کنه و مشککش درست تشخیص داده به شه .. شما با یه انسان سر و کار دارید که اشرف مخلوقات نه با ماکت...	<p>- مشاهده و یادگیری اصول برقراری ارتباط موثر حین کار با استاد کارآمد</p> <p>- مشاهده و یادگیری رفتار استاد حین امید دهی به همراه بیمار</p>	<p>- یادگیری عملی</p> <p>مراقبت معنوی از استاد</p>	<p>الگوپذیری از استاد</p>
	<p>- تاکید استاد بر آموزش مراقبت چند بعدی بیمار</p> <p>- توجه و تذکر استاد به دانشجویان مورد حقوق بیمار</p> <p>- یادآوری استاد به تکریم شأن بیمار به عنوان انسان و اشرف مخلوقات</p>	<p>- یادگیری نظری</p> <p>مراقبت معنوی از استاد</p>	

جهت تعیین اعتبار داده‌ها از معیارهای پیشنهادی لینکولن و گوبا استفاده شد (۱۷). از نظر ایشان روایی درونی معادل قابل قبول بودن<sup>۱</sup>، روایی بیرونی معادل قابل انتقال بودن<sup>۲</sup>، قابلیت اعتماد معادل ثبات<sup>۳</sup> و عینیت معادل تاییدپذیری<sup>۴</sup> می‌باشد. در این مطالعه پژوهشگر علاوه بر اینکه ارتباط نزدیکی با مشارکت کنندگان و درگیری طولانی مدت حدود دو سال با آن‌ها داشت، جهت افزایش مقبولیت داده‌ها دست نوشته‌ها و برداشت‌ها را در اختیار صاحب‌ه‌شوندگان<sup>۵</sup> قرار داد. هم چنین جهت افزایش قابلیت انتقال، مشارکت کنندگان را از شهرهای مختلف (شیراز، اردبیل، تبریز) انتخاب نمود. معیار ثبات از طریق حساسی<sup>۶</sup> یعنی فراهم نمودن توصیف عمیق پژوهش، روش شناسی و نتایج پژوهش فراهم گردید و با مرور یادداشت‌ها و گزارشات توسط دو تن از اساتید (دانشیار) که هم در رشته پرستاری و هم حوزه تحقیقات کیفی دارای صلاحیت و تخصص بودند و اخذ نتیجه مشابه تایید پذیری یافته‌ها مشخص شد. داده‌های حساس و رضایت نامه‌ها جهت محرمانه ماندن در کشویی خاصی قفل و نگهداری شدند.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸ دانشجوی پرستاری (۶ مذکر و ۱۲ مؤنث) که ۱۱ نفر در مقطع کارشناسی پرستاری پیوسته و ۶ نفر در مقطع ناپیوسته کارشناسی تحصیل می‌کردند، ۴ مدرس (استاد/مربی) پرستاری، ۳ سوپروایزر آموزشی بیمارستان در جمع آوری داده‌ها شرکت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه بزرگی تحت عنوان فرآیند آموزش مراقبت معنوی در پرستاری ایران منجر به استخراج ۵ درون‌مایه یا طبقه اصلی به شرح زیر استخراج گردید. «ذخایر و آورده‌های فردی و ورودی»، «پارادوکس احساسی در بالین».

«یادگیری مراقبت بیمار محور»، «الگوپذیری بالینی و یادگیری غیررسمی» و «جو و فضای آموزشی» (جدول شماره ۲)، که می‌توانستند در تبیین فرآیند آموزش مراقبت معنوی کمک کننده باشند. جدول (شماره ۲) طبقات و زیرطبقات را نشان می‌دهد.

جهت تعیین متغیر مرکزی ابتدا دغدغه و مشکل اصلی مشارکت کنندگان براساس داده‌ها تعیین و سپس متغیر مرکزی که ارتباط دهنده همه متغیرها یا طبقات با این دغدغه است، مشخص شد. داده‌های این پژوهش نشان داد آموزش و یادگیری مراقبت معنوی در پرستاری ایران نامحسوس، مبهم، غیر رسمی، و بدون برنامه ریزی انجام می‌شود و متغیر مرکزی که ارتباط دهنده همه متغیرهای حاصل از داده است، همان راهبرد و نحوه رویارویی مشارکت کنندگان با این دغدغه را در بر می‌گیرد، داده‌ها نشان داد، به علت فقدان سرفصل مشخص مصوب وزارتخانه ای اساتید و مربیان سعی دارند برای دانشجویان خود الگو باشند، و دانشجویان نیز با به علت حضور تقریباً مستمر در بالین مشاهده رفتار اساتید و مربیان و اطرافیان با راهبرد اساسی و پایه‌ای یعنی الگوپذیری بالینی و یادگیری غیر رسمی مصادیق مراقبت معنوی را تجربه و درک می‌کنند، لذا این طبقه یعنی «الگوپذیری بالینی و یادگیری غیررسمی» به عنوان فرآیند اساسی آموزش مراقبت معنوی شناخته شد (شکل ۱) و بیانگر این است که مواجهه با موضوع مصادیق مراقبت معنوی در دروس پرستاری ایران نادر و پراکنده است و دانشجویان غالباً از طریق الگوپذیری بالینی و به طور غیر رسمی و بدون برنامه ریزی مراقبت معنوی را یاد می‌گیرند. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها حاکی از آن است که دانشجویان در مدت تحصیل علاوه بر آموزش‌های نظری و کلاسی با گذراندن وقت خود در مؤسسه یا خارج از مؤسسه با مشاهده رفتارها و نگرش‌های اساتید و اطرافیان، فیلم و سریال، ... از طریق الگوپذیری بالینی و یادگیری غیررسمی به شکل خودآگاه و ناخودآگاه مصادیق مراقبت معنوی را فرا می‌گیرند، و به عبارتی شرایط گوناگونی که

<sup>1</sup> Credibility

<sup>2</sup> Transferability

<sup>3</sup> Dependability

<sup>4</sup> Confirmability

<sup>5</sup> Member Checks

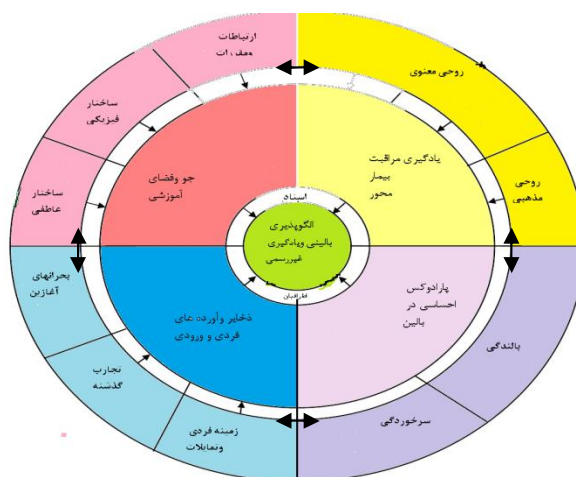
<sup>6</sup> Audit Trail

کنش‌ها یا برهم کنش‌های بین دانشجویان و اساتید، اطرافیان و محیط رخ می‌دهد و نتایج حاصل از آن‌ها منجر به یادگیری مراقبت معنوی یا غیرمعنوی می‌گردد. طبقه «الگوپذیری بالینی و یادگیری غیررسمی» که نشانگر فرآیند اساسی (متغیر مرکزی) آموزش مراقبت معنوی حاصل از داده‌ها بود در قالب پنج زیر طبقه «تأثیر پذیری از استاد»، «تأثیرپذیری از هم‌گروهی»، «تأثیرپذیری از خانواده» و «تأثیرپذیری از رسانه، نمایشگاه و اینترنت» قرار گرفت. بدلیل گستردگی و حجم بودن، در این مقاله بخشی از نتایج مربوط به «الگوپذیری از استاد کارآمد/ناکارآمد»، «تأثیر هم‌گروهی» و «تأثیر کارکنان» ارائه می‌گردد.

## جدول شماره (۲)

مفاهیم اولیه	زیر طبقه	طبقه اصلی
- باورهای مذهبی، فرهنگی (تربیت خانوادگی) - تمایلات درونی و بیرونی - مطالعات تاریخی - زندگی نامه - مجلات - سابقه بستری شدن	- رغبت و زمینه فردی	۱ - ذخایر و آورده‌های فردی
	- تجارب و شناخت ورودی	
	- بحران آغازین	
- احساس پوچی - پراتیک - دروس علوم پایه - حس معنی داری، هدفمندی - احساس بزرگ شدن - ارتقا توانمندی - خود باوری - حس مفید بودن - تقرب به خدا - احساس لذت، انرژی - احساس ارزشمندی	- احساس بالندگی در بالین	۲ - پارادوکس احساسی در بالین
	- تنبیه - تحقیر - تبعیض - ناتوانی - بی حمایتی - دید نازل به رشته	- احساس سرخوردگی در بالین
- تأثیر اعضای تیم مراقبت - تأثیر هم‌گروهی - تأثیر رسانه و اینترنت - فوق برنامه (همایش، بازدید). - برنامه و محتوای ناکارآمد (فقدان راهبرد مشخص) - غلبه آموزش تک بعدی (مراقبت جسمی) - و تئوری محوری در بالین	- اساتید و مربیان - استاد کارآمد/ناکارآمد - الگوپذیری از شخصیت اجتماعی و اخلاقی - الگوپذیری از رفتار و عملکرد	۳ - الگوپذیری بالینی و یادگیری غیر رسمی
	- تأثیر اعضای تیم مراقبت - تأثیر هم‌گروهی	- پرسنل بالینی
	- تأثیر رسانه و اینترنت - فوق برنامه (همایش، بازدید).	- عوامل غیردرسی و فوق برنامه
	- برنامه و محتوای ناکارآمد (فقدان راهبرد مشخص) - غلبه آموزش تک بعدی (مراقبت جسمی)	- برنامه، محتوای و راهبرد آموزشی

طبقات اصلی	زیر طبقات	مفاهیم اولیه
		- عدم همسان سازی فرهنگی برخی از مصادیق مراقبت معنوی - ابهام مفهومی - چالش و کاسته‌ای ارزشیابی
۴- یادگیری مراقبت بیمار محور	مراقبت روحی-معنوی	- حفظ حریم خلوت - شان و منزلت - حضور و لمس - مراقبت باتوجه (بیمار محور) - ارتباط بین فردی - ایجاد راحتی و آسایش - حمایت و پشتیبانی - جلب اعتماد در بیمار
	مراقبت روحی-مذهبی	- ارتباط با خدا - ملاقات با خانواده - دعا و نیایش نماز - تسهیل فرامین دینی
۵- فضای آموزشی نامتجانس	جو و مقررات (ساختار فیزیکی و عاطفی)	- روتین محوری - وظیفه محوری - حاکمیت بالینی - پزشک سالاری - رویکرد درمانگری
	ارتباطات بین فردی	- ارتباطات عمودی - ارتباطات حرفه‌ای/غیر حرفه‌ای - تعاملات ضعیف تیمی - ارتباطات درون/بین رشته‌ای



شکل شماره (۱)

الگوی یادگیری از استادکار/آمده/ناکارآمد:

مصوب وزارتخانه‌ای بطور محدود و بیشتر به شکل عملی طبق باور،

طبق بیانات اساتید و مربیان مشارکت کننده در این مطالعه،

سلیقه و رغبت هر استادی انجام می‌گیرد. داده‌های این مطالعه

آموزش مباحث مراقبت معنوی به شکل نظری طبق سرفصل

نشان داد که دانشجویان با الگوی یادگیری از اساتید و اطرافیان و

جوحاکم، مصادیق مختلف مراقبت معنوی را یاد می‌گیرند، که این آموزش هم سطح و همسان نیست و هم اینکه کاملاً به ویژگی‌های دانشجو، استاد و شرایط وابسته است. برای مثال دانشجوی مذکر ترم ۵ کارشناسی پیوسته پرستاری در این زمینه گفت: «وقتی استادی به مسئله‌ای معتقد است به دانشجویاش هم اعتقادش را القا می‌کند مثلاً: برخی از اساتید در مورد رعایت حریم به دانشجویان آموزش‌های لازم را گوشزد می‌کنند و خودشان رعایت می‌کنند ولی وقتی پزشک یا استادی طبق باور و فرهنگ خودش بیمار را بدون رعایت حریم معاینه می‌کند، دانشجویاش هم از او یاد می‌گیرند به حریم بیمار بی‌اعتنا باشند و براشون رعایت نکردن حریم بیمار عادی می‌شه و فکر می‌کنند برای بیمار هم عادی در حالیکه این طور نیست و بیماران از این مسئله رنج می‌برند... رطب خورده کی کند منع رطب».

بیانات مشارکت کنندگان حاکی از آن است که استاد/مربی کارآمد که به ارزش‌ها و دیدگاه‌های پرستاری متعهد است و برای یادگیری دانشجو از هیچ سعی و تلاشی دریغ نمی‌کند، می‌تواند با تشویق و تنبیه به موقع و ارزشیابی عادلانه الگوی مناسبی برای یادگیری مراقبت معنوی باشد ولی متأسفانه تعداد چنین اساتیدی محدود و انگشت شمار است.

از نظر مشارکت کنندگان شخصیت و رفتار/استاد (ارتباطات، علاقه به کار با بیمار، عدالت، اخلاق و تواضع، و سازگاری اجتماعی، نحوه تدریس، تشویق و تنبیه به موقع، آرامش و صمیمیت، دقت و نظم و تلاش و دلسوزی و اهمیت دادن به نیازهای دینی بیماران) حتی بیش از تدریس مباحث نظری بر یادگیری مراقبت معنوی آن‌ها تأثیرگذار بوده. در این قسمت به چند مورد با ذکر مثالی از بیانات مشارکت کنندگان اشاره می‌شود.

ارتباطات، یکی از بارزترین ویژگی‌های طبقه فرعی تأثیرپذیری از استاد/مربی کارآمد را شامل می‌شد. دامنه ارتباطات از فقدان ارتباطات بین فردی مناسب (برای مثال با دانشجو، کارکنان، بیمار،

پزشک و اطرافیان) تا ارتباطات بین فردی مناسب با افراد فوق متغیر بود. از نظر مشارکت کنندگان استادی که با اطرافیان ارتباط صمیمی و دوستانه برقرار می‌کند به همه احترام می‌گذارد و دید نازل به دانشجو، بیمار و سایرین ندارد، برای دانشجویان الگو می‌شود و دانشجویان مایلند خود را در تمامی صفات به فرد مورد نظرشان مانند کنند. برای مثال دانشجوی مؤثر ترم ۸ کارشناسی پیوسته پرستاری در این خصوص گفت: «ارتباط خانم... با دیگران به خصوص سالمندان خیلی رویاگیری من اثر گذاشت، همیشه وقتی می‌خواستن با بیمار پیری صحبت کنند، دست بیمارو می‌گرفتند نوازش می‌کردند یا دست خودشانو می‌ذاشتند روی شونه بیمار و با خوشرویی باهاش احوال‌پرسی کرده سر صحبت را باز می‌کردند، همه بیمارا دوست دارن... ما هم محترمانه برخورد می‌کردند، کاش بتونم مثل ایشان به شرم».

علاقه به کار با بیمار، دامنه علاقه به کار، از علاقه شدید تا بی‌علاقگی به کار با بیمار متغیر بود. طبق بیانات مشارکت کنندگان برخی از اساتید/مربیان ناکارآمد ضمن تدریس تئوری، دانشجویان را به مراقبت بیمار محور توصیه می‌کنند ولی در عمل خودشان تمایلی به کار با بیمار نشان نمی‌دهند. برخی از مربیان جوان و کم تجربه علاقه چندانی به کار با بیمار ندارند، و بعضاً در راندهایی که با دانشجویان دارند، بیشتر بر روی تئوری و یا الگوی طبی تأکید می‌کنند نه نیازهای واقعی بیمار، لذا از نظر دانشجویان الگوی مناسبی برای یادگیری مراقبت معنوی نیستند. برای نمونه دانشجوی مذکر ترم ۴ کارشناسی پیوسته پرستاری در این خصوص گفت: «بعضی از اساتید به کار با بیمار علاقه ندارند و تقریباً عکس ادعاشون عمل می‌کنند یعنی تو کلاس می‌گویی مراقبت باید بیمار محور باشه، کل نگر باشه، ولی مثل کارکنان فقط کارهای روتین (دارو و تزریق) بیمارو به ما یاد میدن و به همون نمیره میدن... بعضی از مربی‌ای جوان هم برای اینکه نشون بدن با سواد هستن تا دانشجو قبولش کنند، توبخش بجای کار عملی فقط



با ما فیزیوپات بحث می‌کنن مثل پزشکی‌ها، و عملاً وقتی برای یادگیری عملی مراقبت کل نگر باقی نمی‌دارن...».

اهمیت دادن به نیازهای مذهبی بیماران، نیز از جمله مواردی بود که دانشجویان به واسطه اساتید مبادرت به الگوپذیری و یادگیری مراقبت معنوی نموده بودند، اساتید معتقد و متعهد معمولاً به نیازها و اعتقادات دینی بیماران احترام می‌گذارند و عملاً به دانشجویان اهمیت نیاز بیمار به ارتباط با عالم معنوی را نشان می‌دهند و گوشزد می‌کنند که بیمار که در بیمارستان تنها و دور از خانواده است، بیش از سایر مواقع روح لطیف و آسیب‌پذیری دارند، که با ارتباط با عالم بالا می‌تواند در کسب امید و آرامش کمک‌کننده باشد. دانشجوی مؤنث ترم ۵ کارشناسی پیوسته پرستاری در این مورد گفته: «موقع تعویض رگ بیمار اجازه خواست وضو به گیره کارام مونده بود و عجله داشتم، به بیمار گفتم زود بخواب من کارامو تموم کنم بعداً به فکری به حالت می‌کنم، استادم شنید ناراحت شد برانول قبلی بیمار را درآورد کمی منتظر شد خون که بند اومد اول به بیمار آب داد تا توی تخت وضو بگیره و بعد کمکم کرد کاراموسر و سامان بدم، بیمار خیلی خوشحال و سر حال تر به نظر می‌رسید و من شرمنده! ولی یاد گرفتم به نیازهای معنوی و مذهبی بیمار باید اهمیت بدم...».

#### تأثیر کارکنان:

داده‌های این طبقه نشان داد که کارکنان به طور غیر مستقیم در یادگیری دانشجویان تأثیر بسزایی دارند، متأسفانه به علت بار کاری بالا، مشغله فراوان و تعداد محدود پرستارنسبت به بیمار معمولاً کارکنان بخش قادر به پاسخگویی تمام بیماران و دانشجویان نمی‌باشند، ای بسا انعکاس این عوامل در رفتار آن‌ها نمودی از بی‌حوصلگی در پاسخگویی را بدنبال دارد که نتیجه‌اش القای غیر مستقیم پرخاشگری، ارتباط تک سیلابی با بیمار و مراقبت وظیفه محوری به دانشجویان می‌باشد.

به بخشی از بیانات یک دانشجوی مؤنث ترم ۶ کارشناسی پیوسته پرستاری در خصوص یادگیری پرخاشگری و ارتباط تک سیلابی از کارکنان توجه بفرمایید: «مربی نمی‌تونه خط کاردکس را بخونه چه برسه به ما وقتی هم از کارکنان می‌پرسیم سرمون داد می‌زنن که وقت نداریم بخش شلوغه... این وسط وقتی ۲ تا سوالم مریض می‌پرسه از کوره در میرن و با عبارات بله خیر نمی‌شه... مختصر و تک سیلابی جواب میدن! ما هم ناخواسته یاد می‌گیریم همان‌طوری ارتباط برقرار کنیم چون شرایط اینجوری ایجاب میکنه... خیلی وقتاً پرسنل مشغول پرکردن فرم‌هایی به اسم حاکمیت بالینی هستن و اصلاً فرصتی برای جدی گرفتن نیازهای واقعی بیمار ندارن».

دانشجوی مؤنث ترم هفت کارشناسی پیوسته پرستاری گفت: «الان ما کارورزی می‌آییم و اکثراً ما را به سرپرستار می‌سپارن و موقع تحویل فقط رگ بیمار، گزارش دارویی، علائم، جذب و دفع و پانسمان راتحویل می‌گیرن. خیلی هاشون وقت و حوصله ندارن حتی تا بالای سر بیمار بیاین و برگه‌ها را که تحویل گرفتن می‌گن مرخصید، خوش اومدید، یعنی غیر مستقیم به ما می‌فهمونن که انجام وظایف مهم است نه خود بیمار و خوب ما هم همان‌طوری تربیت میشیم یعنی به روتین‌ها و انجام وظایف بیشتر دقت می‌کنیم...».

#### تأثیر هم‌گروهی‌ها:

هم‌گروهی‌ها مشابه کارکنان تأثیر بسزایی در یادگیری مراقبت کل نگر دانشجویان دارند. زمینه مذهبی و فرهنگی و سطح علمی هم‌گروهی، شاغل بودن هم‌گروهی، جدی گرفتن نیاز مذهبی و معنوی بیمار توسط دانشجوی، و تمسخر هم‌گروه و حتی جنس هم‌گروهی از جمله عواملی هستند که بر یادگیری سایر دانشجویان تأثیر گذارند.

دانشجوی مؤنث ترم سه کارشناسی ناپیوسته پرستاری درخصوص تأثیر زمینه مذهبی و فرهنگی و سطح علمی هم‌گروهی

گفت: «خدا را شکر می‌کنم که در گروه زرنگ و مذهبی‌ها قرار گرفته بودم و تمام کارآموزی‌هایم با اونا افتادم چون همیشه از اونا یاد می‌گرفتم چطور با بیماران مهربان باشم، به بیمارها به عنوان انسان و خلیفه خدا روی زمین احترام بذارم و چطور بنیه علمی مو تقویت کنم تا همیشه آماده کمک و پاسخ دهی باشم و از اونا هم کم نیارم در حالی که قبلاً فقط ماشینی کار می‌کردم آخه من خودم کارمندم به نظر من هم‌گروهی خیلی در یادگیری مراقبت کل نگر اهمیت داره من خیلی تلاش می‌کردم از بقیه هم‌کلاسیام عقب نیافتم و خیلی چیزها یادگرفتم...».

تأثیر دانشجویانی که در ترم‌های پایین کار دانشجویی انجام می‌دهند بر روی آموزش و یادگیری سایر دانشجویان و هم‌گروهی‌ها متفاوت برآورد شد، از نظر خود دانشجو کار دانشجویی باعث کسب مهارت، توانمندی و اعتماد به نفس می‌شود، ولی اساتید و سوپروایزرها عواقب کار دانشجویی به‌خصوص در ترم‌های پایین را منفی برآورد کردند و معتقدند کار دانشجویی در ترم‌های پایین باعث تحلیل انرژی دانشجو، خستگی و بی‌رغبتی به یادگیری و کاربست مراقبت کل‌نگر می‌شود.

برای مثال مربی بالینی رسمی کارشناس ارشد پرستاری در این زمینه گفت: «کار دانشجویی در ترم‌های پایین هم باعث خستگی دانشجو میشه، هم بی‌انگیزگیش! وقتی این دانشجویان در ترم‌های پایین وارد محیط کار میشن با کسب مهارت رگ‌گیری دچار غرور کاذب می‌شن به آموزش مربیان توجهی نمی‌کنن و اون آموزش‌ها را بی‌فایده می‌دونن به خصوص وقتی که مربی جوان و کم‌تجربه باشه میشه معضل! وقتی مربی خودش در کارهای عملی ماهر نیست از این دانشجویان به عنوان سرگروه استفاده می‌کنه و به این ترتیب به‌طور نامحسوس روتین محوری به سایرین القا می‌شه چون سایرین با تقلید از آن‌ها یاد می‌گیرن که چطور

وظایف را خوب انجام بدن تا مورد بازخواست قرار نگیرن و یاد نمی‌گیرن که چگونه خوب مراقبت کنن که بیمار، خدا و خلق خدا راضی باشن... متأسفانه بعضاً این دانشجویان در مقابل اساتید و شیوه آموزش مراقبت کل نگر از خودشون مقاومت نشون می‌دن و می‌گن این آموزش‌ها کاربردی نیست و با این همه تعداد بیمار، مشغله و حجم کاری زیاد عملاً وقتی برای انجام این کارها وجود نداره، پس چرا باید این مطالب را یاد بگیریم. نتیجه و پیامد چنین شرایطی منجر به تربیت پرستاران درمانگر می‌شه و دانشجویان نقش‌های آموزشی، مشاوره‌ای و مراقبت معنوی را نادیده می‌گیرن».

یک سوپروایزر با سابقه ۱۷ سال کار بالینی و آموزشی در این زمینه گفت: «من هم سوپروایزر و هم بعضی از روزا به عنوان مربی با دانشکده همکاری می‌کنم، چون این دانشجویان در انجام کارهای روتین مثل رگ‌گیری، پانسمان و داروها مهارت کافی را کسب کردن و خیالم راحت، خطایی پیش نمی‌آید که کارکنان بخش بهانه بگیرن و اگر هم پیش بیاید احتمالش کم است، نظارت سایر دانشجویان را به اونا می‌سپارم...»

برخی از دانشجویان علی‌الخصوص دانشجویان مذکرهم تأثیرات منفی بر یادگیری و عملکرد سایرین دارند، تعدادی از دانشجویان پسر با این تصور که پرستاری شغل زنانه است، به محض دیدن دانشجوی پسری که نیازهای جامع بیمار را جدی می‌گیرد و مبادرت به مراقبت معنوی می‌کند، وی را مورد تمسخر قرار می‌دهند و خودشان هم این امر را علت عدم علاقه دانشجویان مذکر به یادگیری و انجام مراقبت کل نگر می‌دانند. در مورد تمسخر هم‌گروهی قرار گرفتن دانشجوی مذکر ترم شش کارشناسی پیوسته پرستاری چنین گفت: «داشتم شیشه شیر نوزادی را می‌دادم همه مسخره‌ام کردن و گفتن ببخشین خانوم ناهار چی می‌پزی بیاییم خونه ات...»

## بحث و نتیجه گیری

مطالعات معدودی بر روی چگونگی یادگیری مراقبت معنوی توسط دانشجویان پرستاری تمرکز داشته‌اند. هدف پژوهش اصلی، توصیف و تفسیر غنی فرآیند آموزش و یادگیری مراقبت معنوی در پرستاری ایران بود. توالی تغییرات کنش/واکنش را به نحوی که بتوان سیر تغییرات را در ساختار مشخصی ردیابی نمود فرآیند می‌نامند. در مضمون‌های بدست آمده از بیانات دانشجویان و مدرسان و سوپروایزهای پرستاری فرآیند آموزش مراقبت معنوی به این شکل تجلی یافت. این مضمون‌ها، در حقیقت پاسخ به این سوال هستند، که دانشجویان پرستاری ایران چگونه مراقبت معنوی را می‌آموزند؟ در پاسخ می‌توان این چنین بیان کرد: دانشجویان پرستاری یک زمینه انگیزشی و ذخیره شناختی، اعتقادی، خانوادگی و فردی از معنویت وارد عرصه آموزش پرستاری می‌شوند و با مشاهده و مواجهه با رنج و عذاب بیماران از نزدیک (حضور در بالین) احساس نیاز به یادگیری و پاسخگویی به این نیاز بیماران در آن‌ها برانگیخته می‌شود. در این راستا فرصت حضور در بالین و همراهی با اساتید و مربیان کار آمد (الگوهای اصلی) همنشینی با افراد متعهد و راهبرد الگوی‌پذیری و یادگیری غیر رسمی برخی از مصادیق مراقبت معنوی را تجربه و درک می‌نماید که منجر به یادگیری مراقبت بیمار محور در ابعاد روحی-معنوی و روحی-مذهبی می‌گردد.

جهت تربیت و تکامل به الگو نیاز دارد، شاید به همین خاطر است که خداوند در قرآن می‌فرماید: پیامبر را برای شما الگو و نمونه ای نیکو قرار دادیم «لَقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ»<sup>۱</sup> در واقع انسان اگر نمونه و مدل مناسب و نیکو نداشته باشد، سرگردان می‌شود. از نظر مشارکت کنندگان این مطالعه، الگوپذیری از رفتار و شخصیت به خصوص ارتباطات استاد کارآمد،

مهم‌ترین عامل تاثیرگذار در یادگیری مراقبت معنوی دانشجویان بوده. کریمی مونی و همکاران در یک مطالعه کیفی از قول مدرسان پرستاری می‌نویسند: الگو بودن اساتید در برقراری ارتباط با بیمار و کارکنان شاید صحیح‌ترین روش انتقال تجارب و نگرش‌های صحیح حرفه‌ای به دانشجویان باشد (۱۸). عبدالملکی و همکاران می‌نویسند: عدم وجود رابطه مطلوب بین اساتید و دانشجو از موانع یادگیری بالینی دانشجویان می‌باشد (۱۹).

در مدرسه گر چه دانش اندوز شوی و ز گرمی بحث  
مجلس افروز شوی

در مکتب عشق با همه دانایی سر گشته چو طفلان  
نواآموز شوی ابوسعید ابوالخیر

علاقه به کار بالینی و کار با بیمار از خصوصیات مهم دیگری بود که مورد توجه مشارکت کنندگان قرار گرفته بود و از نظر آنان بر روی یادگیری معنوی دانشجویان موثر بود. درواقع عده‌ای از مشارکت کنندگان تاکید کردند، که برخی از اساتید ناکارآمد به مراقبت بیمار محور توصیه می‌کنند ولی خود عمل نمی‌کنند و لذا الگوی مناسبی برای یادگیری مراقبت معنوی نیستند. در این زمینه قرآن کریم هم بیانی زیبایی دارند و می‌فرمایند: آیا مردم را به کار نیک سفارش می‌کنید و خود فراموش می‌کنید «أَتَأْمُرُونَ النَّاسَ بِالْبِرِّ وَ تَنْسَوْنَ أَنْفُسَكُمْ»<sup>۲</sup>.

پرواضح است که درعمل می‌توان بسیاری از امور از جمله مراقبت کل نگر را فراگرفت و اساتید و مربیانی که به کار عملی علاقمند هستند، دانشجو را نیز به بکار عملی و توجه به نیازهای جامع بیمار ترغیب می‌نمایند. خصوصیات فردی مربی بالینی به خصوص علاقمند بودن و صرف وقت را از عواما تاثیرگذار یادگیری دانشجویان دانستند (۲۰). ضرب المثل رطب خورده کی کند منع رطب نیز مصادقی از آموزش و رفتار تربیتی پیامبر را به تمامی بشریت نشان می‌دهد.

۱۳-سوره بقره آیه ۴۴

<sup>۱</sup>سوره الاحزاب، آیه ۲۱

شوند و به‌طور غیرمستقیم با توانمندسازی پرستاران زمینه را برای یادگیری هرچه بهتر مراقبت معنوی دانشجویان مساعد نمود. همچنین یافته‌های این مطالعه ضرورت توانمندسازی اساتید، مربیان را در زمینه مراقبت معنوی، تدوین سرفصل و محتوی همسان و راهبردهای آموزشی آن را مشخص نمود.

فرآیند آموزش مراقبت معنوی نتیجه تعاملات تکراری و مداوم یادگیرنده، مدرس و محیط و محتوی مناسب آموزشی است. در این مقاله بنا به ضرورت فقط به بخشی از نتایج که در رابطه با الگوپذیری بالینی دانشجویان بود اشاره گردید. مطالعه اصلی عوامل فردی و رغبت، محیط آموزشی و محتوی درسی و سایر مضامین یادگیری غیررسمی را دربر می‌گیرد که شرح همه در قالب یک مقاله ممکن نبود و علاقمندان می‌توانند با مراجعه به سایت دانشکده پرستاری و مامایی تبریز از آن‌ها بهره گیرند.

### تقدیر و تشکر

با سپاس از خداوند بزرگ و مربی نخست بشریت، این مقاله که بخشی از پایان نامه دکتر با عنوان «فرآیند آموزش مراقبت معنوی در پرستاری ایران» مصوب دانشکده پرستاری و مامایی تبریز بود، به امام عصر (عج) تقدیم و از کلیه پرسنل آن دانشکده و همچنین از اساتید، دانشجویان و پرستاران محترمی که در این مطالعه شرکت نموده و یا به نحوی ما را راهنمایی نموده و در تجارب خویش سهیم نمودند؛ تقدیر و تشکر می‌نمایم.

### References:

1. Baldachino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods. Nurse Educ Today 2008;28(4):501-12.
2. Meleis Afaf Ibrahim. Theoretical nursing: Development and progress. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders, 2007.

تأثیر هم‌گروهی، یکی از ویژگی‌های طبقه فرعی «تأثیر اطرافیان» بود که مشارکت کنندگان در این مطالعه آن را بسیار تأثیر گذار دانسته بودند، نزدیکی خصوصیات فردی و اجتماعی هم‌گروهی‌ها باعث تسهیل بحث و تبادل نظر در مورد نیازها جامع بیماران، تقلید و یادگیری مراقبت معنوی می‌شود. یسمین و همکاران متوجه اثر بخشی یادگیری مراقبت معنوی به واسطه بحث در گروه‌های کوچک دانشجویی گردیدند (۲۱).

تأثیر کارکنان نیز همچون هم‌گروهی، یکی از ویژگی‌های طبقه فرعی «تأثیر اطرافیان» بود که از نظر مشارکت کنندگان غالباً اثرات منفی بر یادگیری مراقبت معنوی دانشجویان داشته است. هترو و همکاران به تأثیر منفی کارکنان و تعاملات نامناسب کارکنان با دانشجویان و تأثیرات منفی آن‌ها در یادگیری کل نگر دانشجویان اشاره نموده‌اند (۲۲).

با توجه به اینکه سیستم آموزشی در ایران متمرکز و در کل کشور یکسان است، یافته‌های این مطالعه باعث آشکار شدن فرآیند یادگیری مراقبت معنوی در دانشجویان پرستاری ایران گردید. مدرسان و برنامه ریزان پرستاری می‌توانند از یافته‌های این مطالعه که انعکاسی از فرآیند در جریان آموزش مراقبت معنوی می‌باشد، جهت بهبود کیفیت و اصلاح برنامه آموزشی مراقبت معنوی دانشجویان استفاده نمایند. این یافته‌ها می‌توانند در طراحی برنامه‌های آموزش ضمن خدمت پرستاران نیز بکار گرفته

3. Mc Sherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and healthcare practice. J Clin Nurs 2006; 15: 905-17.
4. So WS, Shin HS. From burden to spiritual growth: Korean students' experience in a spiritual care practicum. J Christ Nurs 2011;28(4):228-34.

5. Nardi D, Rooda L. Spirituality-based nursing practice by nursing students: an exploratory study. *J Prof Nurs* 2011;27(4):255-63.
6. Yardley SJ. Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliative Medicine* 2009; 23: 601-7.
7. Lantz C. Teaching spiritual care in a public institution: Legal implications, standards of practice, and ethical obligations. *J Nurs Educ* 2007; 46(1), 33-8.
8. Giske T, Cone PH. Opening up to learning spiritual care of patients: a grounded theory study of nursing students. *J Clin Nurs* 2012;21(13-14):2006-15.
9. Como JM. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holist Nurs Pract* 2007;21(5):224-36.
10. Long C. Cultural and Spiritual Considerations in Palliative Care. *J Pediatr Hematol Oncol* 2011; 3: S96-S101.
11. 1. Graham PEM. Nursing Students' Perception of how Prepared They is to Assess Patients' Spiritual Needs. College of Saint Mary; 2008.
12. Tholen RV. Setting students up for spiritual care success. *J Chris Nurs* 2009; 26(1): 41-6.
13. Khorrami Markany A, Yaghmaei F. A Izadi. Spirituality and spiritual care in nursing education: a challenge for curriculum. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2010; 68: 41.
14. Victoroff KZ, Hogan S. Students' Perceptions of Effective Learning Experiences in Dental School: A Qualitative Study Using a Critical Incident Technique. *J Dental Educ* 2006; 70(2): 34-7.
15. Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs* 2006;15(7):875-84.
16. Karimollah M, Abedi HA. Spiritual care in nursing, *Qualitative Research in Health Science Congress*. Kerman; 2009. P.146. (Persian)
17. Slsaly M, Parvizi S, Adib Haj M. Qualitative research methods. Tehran: Publication of Boshra; 2003.(persian)
18. Karimi Moonaghi H. Teaching and Learning Style and the Application in Higer Education. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2008; 15(4): 182-91.(persian)
19. Abdolmaleki M, Ashoorioun V, Momeni S, Zarezadeh Y, rokhzadi M. The influence of study guide on clinical education of nursery students. *IJME* 2011; 10 (5): 1289-95.(persian)
20. Abedini S, Kamal Zadeh H, Abedini ST. Qamlayy Criteria of a good educator of students in Hormozgan University of Medical Sciences. *Hormozgan Med J* 2010, 14 (3): 242-6.
21. Yasmin E. Hartung Lowell M. Henriques Joyce M. Nyhof-Young. Towards an Outline for an Undergraduate Medicine Curriculum in Spirituality. *UTMJ* 2012; 89(2): 14-7.
22. Hathorn D, Machtmes K, Tillman K. The Lived Experience of Nurses Working with Student Nurses in the Clinical Environment. *The Qualitative Report* 2009; 14(2): 227-44.